

Закключение. Демодекоз век в 80 % случаев сочетался с поражением кожи лица. Пик заболеваемости блефароконъюнктивитом демодекозной этиологии в возрасте от 51 до 60 лет объясняется гормональной перестройкой организма и возрастным снижением метаболических процессов в тканях на фоне длительной клещевой инвазии мейбомиевых желез. Необходимо проводить комбинированное лечение блефароконъюнктивита демодекозной этиологии с выявлением и лечением соматических заболеваний и демодекозного поражения кожи лица. При демодекозных блефароконъюнктивитах отмечается нарушение слезопродукции. При этом наблюдаются биомикроскопические признаки, характерные не только для блефароконъюнктивита, но и для синдрома «сухого глаза», которые взаимноотягощают друг друга, поэтому необходимо лечение как воспалительных процессов в веках и конъюнктиве, так и синдрома «сухого глаза» с помощью слезозаместительной терапии.

Литература

1. Акбулатова, Л.Х. Патогенная роль клеща Demodex и клинические формы демодекоза. /Л.Х.Акбулатова // Вестник дерматологии и венерологии. – 1983. – №12. – С. 57-61.
2. Азнабаев, М.Т. Демодекс глаз./ М.Т.Азнабаев, Е.И.Гумерова, В.Б.Мальханов //Клиническая офтальмол. - 2003. - Т.4, №1. – С. 7-9.
3. Зацепина, Н.Д. Поражения глаз при демодекозе: метод. рекомендации/ Н.Д.Зацепина, Ю.Ф.Майчук, Г.Я.Семенова. – М., 1983. – С.17.

ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕСТНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.

Лис М.А., Поплавская Э.Э., Болтач А.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г.Гродно, Беларусь

Диагностическая бронхоскопия довольно часто используется в пульмонологии, но исследование только эндоскопической картины патологических изменений у больных ХОБЛ не может быть достаточным критерием оценки тяжести течения заболевания [1], поэтому при проведении бронхоскопии осуществляют бронхоальвеолярный лаваж, который используют для цитологического, биохимического, бактериологического и иммунологического исследования [2, 3]. В лаважной жидкости широкое применение получил метод подсчета общего количества клеток и процентного содержания в ней альвеолярных макрофагов, нейтрофилов, эозинофилов,

лимфоцитов [4]. Показатели бронхоальвеолярного смыва (БАС) позволяют оценить и динамику заболевания ХОБЛ, у которых в период обострения наблюдается повышение общего количества клеток, и увеличение процентного содержания нейтрофилов [5,6].

При ХОБЛ и ИБС имеет место нарушение функции эндотелия, одним из проявлений которого является повышение экспрессии молекул межклеточной адгезии, что может способствовать повышенной миграции нейтрофилов в легкие.

При изучении доступной нам литературы мы не встретили сведений о показателях бронхоальвеолярного смыва (БАС) у больных ИБС, а также у больных с сочетанной патологией (ХОБЛ и ИБС), хотя, учитывая наличие у этих больных системной дисфункции эндотелия, у больных ИБС имеются предпосылки к повышенной миграции нейтрофилов в легкие. Поэтому, целью нашего исследования являлось определить цитологическую характеристику БАС у больных ХОБЛ, ИБС и больных ХОБЛ, протекающей в сочетании с ИБС.

Материалы и методы: Обследовано 77 больных ХОБЛ в период обострения заболевания, 12 больных стабильной стенокардией напряжения (СН) 2 функционального класса с сопутствующей АГ 2 степени и 13 практически здоровых лиц, которые составили группу контроля. У 49 больных ХОБЛ имелась СН 2 функционального класса и АГ 2 степени. Все пациенты были разделены на 3 группы: группа больных ХОБЛ - 28 человек, группа больных ХОБЛ, протекающей в сочетании с ИБС – 49 человек и группа больных ИБС.

Диагноз ХОБЛ выставлялся на основании критериев, изложенных в Программе GOLD, второй функциональный класс СН выставлялся согласно классификации ИБС по данным ВОЗ (1979) с поправками Всесоюзного кардиологического научного центра АМН СССР (1984). Диагноз АГ устанавливался согласно рекомендаций Европейского общества по гипертонии и Европейского общества кардиологов (2007).

Бронхоскопию осуществляли согласно рекомендациям Рабочей группы по бронхоальвеолярному лаважу Европейского респираторного общества [6] и методических рекомендаций Министерства здравоохранения РФ [5]. Ее выполняли в утренние часы, натощак после проведения местной анестезии 2% и 10% растворами лидокаина в положении пациента сидя фибробронхоскопом «Пентокс» (Япония). По катетру, проведенному через биопсийный канал бронхоскопа, при помощи шприца инстиллировали дробно стерильный физиологический раствор (рН 7,2-7,4). После каждой инстилляции раствора проводили вакуум-аспирацию смыва в стерильную посуду. Полученный БАС доставляли в лабораторию для анализа [2].

Для подсчета общего количества клеток БАС заполняли камеру Фукс-Розенталя. Подсчет альвеолярных макрофагов (АМ), нейтрофилов, лимфоцитов и эозинофилов осуществляли при помощи микроскопа при увеличении объектива $\times 40$, опущенном конденсоре и закрытой диафрагме.

Статистический анализ полученных данных проводился с помощью программного обеспечения STATISTICA. Сравнение независимых групп проводилось путем проверки статистических гипотез с применением непараметрического критерия Манна–Уитни. Достоверность различий в группах была принята при уровне статистической значимости $p < 0,05$.

Результаты. В группе больных ХОБЛ в период обострения заболевания отмечалось повышение общего количества клеток в 3,2 раза по сравнению с контрольными значениями, увеличивалось процентное содержание нейтрофилов в 16,5 раз и снижалось процентное содержание АМ на 69% по отношению к значениям в контрольной группе. Процентное соотношение лимфоцитов не изменялось.

В группе больных ИБС не выявлено различий показателей с контролем.

В группе с сочетанной патологией также отмечалось повышение общего количества клеток (в 3,2 раза), процентное соотношение нейтрофилов увеличивалось в 17 раз, АМ снижалось на 70,1%, а процентное содержание лимфоцитов не изменялось.

При сравнении группы ХОБЛ с группой ХОБЛ, протекающей в сочетании с ИБС, исследуемые показатели между собой не отличались.

Таким образом, в период обострения ХОБЛ имеются характерные воспалительные изменения БАС как в группе ХОБЛ, так и в группе с сочетанной патологией. Различий по общему количеству клеток и их процентному соотношению не наблюдалось. Это свидетельствует о том, что в период обострения ХОБЛ в одинаковой степени в обеих группах развивается иммуновоспалительный ответ, при котором в легких присутствует большое количество хемоаттрактантов для нейтрофилов, способствующих локальному повышению экспрессии молекул межклеточной адгезии, в том числе на эндотелии.

В группе больных ИБС мы не выявили различий показателей БАС, несмотря на имеющуюся, согласно литературным данным, дисфункцию эндотелия у этих больных. Вероятно, эти данные свидетельствуют о том, что у больных ИБС не имеется в легочной ткани необходимого количества хемоаттрактантов для нейтрофилов, поэтому, несмотря на нарушение функции эндотелия у этих больных, миграции клеток в легкие не происходит.

Заключение.

У больных ХОБЛ и больных ХОБЛ, протекающей в сочетании с ИБС в период обострения ХОБЛ в равной степени повышается общее количество клеток и процентное соотношение нейтрофилов в сочетании со снижением процентного соотношения АМ.

У больных ИБС показатели БАС не отличаются от показателей практически здоровых лиц.

Литература

1. Каразей, Е.А. Роль некоторых провоспалительных цитокинов при обострении хронической обструктивной болезни легких / Е.А. Каразей // Здоровоохранение. – 2009. - №8. – С.68 – 71.
2. Лаптев, А.Н. Бронхоскопия и бронхография при болезнях органов дыхания : метод. рекомендации / А.Н. Лаптев, З.В. Лавор; М-во здравоохран. Респ. Беларусь. – Минск, 1999. – 26 с.
3. Иммунокоррекция в пульмонологии / Под ред. А.Г. Чучалина. – М.: Медицина, 1989 – 256с.
4. Змушко, Е.И. Клиническая иммунология : руководство для врачей // Е.И. Змушко, Е.С. Белозеров, Ю.А. Митин. – СПб: Питер, 2001. – 576с.
5. Цитоморфологические методы диагностики болезней органов дыхания: методические рекомендации / Л.К. Суркова, М.И. Дюсьмикеева, А.Г. Василевский [и др.]. - Минск, 2001. - 52 с.
6. Clinical guidelines and indications for bronchoalveolar lavage (BAL): Report of the European society of pneumology task group on BAL // Eur. Resp. J.- 1990.- Vol.3- P. 937 – 934.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ, ПРОТЕКАВШИМ С БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА

Лис М.А., Болтач А.В., Скренда А.С., Отливанова О.В., Горovenko И.И.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь*

Наличие эпизодов безболевой ишемии миокарда (ББИМ), даже вне зависимости от болевых проявлений, часто определяет дальнейший прогноз заболевания, поэтому лечебные мероприятия должны быть направлены на устранение не только болевых, но и «немых» приступов ишемии. Успешное лечение «немой» ишемии миокарда, например, у больных с постинфарктным кардиосклерозом (ПИК) снижает вероятность развития только внезапной коронарной смерти на 80%.

Общность патофизиологических механизмов в развитии болевой и «немой» ишемии миокарда позволила считать, что лечение подобных состояний может быть сходным. Лечение ББИМ преследует три главные цели: предотвращение инфаркта миокарда (ИМ), уменьшение функциональной нагрузки на сердце, улучшение качества и увеличение продолжительности жизни больного. Потому терапия должна проводиться в следующих основных направлениях: применение антиангинальных средств и других препаратов, препятствующих развитию ишемии миокарда; применение лекарственных средств, нормализующих функциональное состояние фор-